

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THESE 167^{N°}

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

PAR

Marie Maxime Henry ROUSSET

Né le 9 Janvier 1905 à Curepipe (Ile Maurice)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
LA SCIATIQUE

Président : M. Ch. ACHARD, *Professeur.*

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1934

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Marie Maxime Henry ROUSSET

Né le 9 Janvier 1905 à Curepipe (Ile Maurice)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
LA SCIATIQUE

Président : M. Ch. ACHARD, *Professeur.*

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1934

LE DOYEN : G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
Hygiène et clinique de la première enfance	Marcel LABBE.
Clinique des maladies des enfants	LEREBoullet.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	NOBECOURT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Leon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiâ-
trie.
BENARD (Henri) Pathologie médicale.
BERNARD (E.) Pathologie médicale.
BOULIN..... Pathologie médicale.
BROCQ..... Pathologie chirurgicale
BULLIARD..... Histologie.
CATHALA..... Pathologie médicale.
CHABROL..... Pathologie médicale.
CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
DOGNON..... Physique.
DONZELOT.... Pathologie médicale.
FEY..... Urologie.
GALLIARD..... Parasitologie.
GASTINEL..... Bactériologie.
GATELLIER... Pathologie chirurgicale
DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie
chirurgicale.
GAYET..... Physiologie.
GIROUD..... Histologie.
HAGUENEAU.. Pathologie médicale.
HALPHEN..... Oto-rhino Laryng.
HAZARD..... Pharmacologie.
HUGUENIN.... Anatomie pathologique
JOANNON..... Hygiène.
LABBE (Henri). Chimie biologique.
LACOMME..... Obstétrique.
LANTUEJOUL. Obstétrique.

MM-

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale
LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.
LEVEUF..... Pathologie chirurgicale
Mlle J. LEVY.. Pharmacologie.
LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiâ-
trie.
MOREAU..... Pathologie médicale.
MOULONGUET. Pathologie chirurgicale
MOUQUIN..... Pathologie médicale.
OBERLING.... Anatomie pathologique
PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale
PIEDELIEVRE . Médecine légale.
PORTES..... Obstétrique.
QUENU..... Pathologie chirurgicale
RICHEL..... Physiologie.
SANNIE..... Chimie biologique.
SENEQUE..... Pathologie chirurgicale
SEZARY..... Dermatologie et syphi-
ligraphie.
TROISIER.... Pathologie expérimentale
TURPIN..... Pathologie médicale.
VALLERY-RADOT
(Pasteur) ... Pathologie médicale.
VELTER..... Ophtalmologie.
VIGNES..... Obstétrique.
WILMOTH.... Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale
BUSQUET..... Pharmacologie.
CHAILLEY BERT Physiologie.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique
NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale
CHIRAY	Clinique médicale.	GUENIOT.....	Clinique obstétricale.
DUVOIR	Clinique médicale.	LE LORIER	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL...	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER..	Clinique chirurgicale.	METZGER.....	Clinique obstétricale.
MOCQUOT.....	Clinique chirurgicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.		
CHAILLEY-BERT, agrégé.....		Education Physique.
FREY.....		Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD.....		Radiologie clinique.
WEILL-HALLE		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES GRANDS-PÈRES MATERNEL
ET PATERNEL

A MA GRAND'MÈRE PATERNELLE

In memoriam

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Enlevé trop tôt à mon affection.
Puissent les qualités de bonté, de
conscience et de probité dont il m'a
toujours donné l'exemple m'inspi-
rer dans l'exercice de notre déli-
cate profession.

A MA GRAND'MÈRE MATERNELLE

Témoignage de mon affection.

A MA MÈRE

Faible témoignage de mon amour
filial et de ma reconnaissance.

A MES ONCLES ET TANTES

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES BEAUX-FRÈRES ET BELLES-SŒURS

A MES COUSINS ET COUSINES

A MES NEVEUX ET NIÈCES

Témoignage de mon affection.

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE
A MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.

Respectueux hommages.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE
MÉDECINE DE PARIS
ET DANS LES HOPITAUX

Contribution à l'étude de la sciatique

Par sa fréquence, par les problèmes diagnostiques et thérapeutiques, qu'elle pose la sciatique présente un intérêt considérable. C'est en effet, une affection de constatation journalière. Sans doute le diagnostic en est généralement facile, encore ne faut-il pas méconnaître certaines affections qui peuvent la simuler constituant de véritables pseudo-sciatiques. Mais surtout l'intérêt réside d'une part, dans le problème étiologique de cette affection, d'autre part, dans le problème thérapeutique.

Du point de vue étiologique il faut distinguer deux sortes de sciatique. Il existe des névralgies sciatiques où l'élément douleur constitue toute la maladie que la douleur cesse et la maladie est terminée. C'est la sciatique essentielle — sciatique à frigore — sciatique maladie. Dans d'autres cas la névralgie sciatique n'est qu'un élément d'un tableau clinique. Un examen méticuleux clinique et paraclinique permet de déceler une affection locale ou générale qui a occasionné cette sciatique. Il s'agit alors d'une sciatique secondaire — sciatique symptôme.

Nous avons eu l'occasion d'observer en peu de temps six cas de sciatique. Dans les quatre premiers, il s'agit de sciatique dite essentielle, sciatique maladie où nous avons mis en évidence l'heureux effet du traitement par injections sous-cutanée d'air associé à l'injection loco dolendi de novocaïne. Dans les deux derniers cas, il s'agit de sciatique symptôme secondaire, la première a une urethrite gonococcique, la deuxième secondaire a un néoplasme du col utérin.

Il nous a paru intéressant, à cette occasion, d'étudier dans son ensemble la sciatique. Nous nous proposons dans un premier chapitre d'étudier l'aspect clinique de la sciatique dans ses différentes modalités. Dans un deuxième chapitre, nous étudierons les différentes affections qui prêtent à erreur avec la sciatique. Dans un troisième chapitre, nous étudierons les différents diagnostics étiologiques, enfin nous préciserons les différents traitements proposés dans cette affection.

Aspect clinique de la sciatique

Nous aurons en vue dans notre description le type de sciatique le plus fréquemment rencontré — C'est-à-dire la sciatique essentielle, la sciatique à *frigore* c'est une maladie de l'âge adulte survenant le plus souvent entre 40 et 50 ans. Elles surviennent plus fréquemment chez l'homme que chez la femme. Il faut insister sur certaines causes favorisantes tout particulièrement le froid humide, les variations brusques de la température. On connaît d'autre part, l'influence des saisons, on sait que cette affection survient de préférence dans les premiers mois de l'année, notion qui avait pu faire penser à certains auteurs à la possibilité d'épidémie. A titre exceptionnel la sciatique peut se voir chez l'adolescent — dans ce cas d'ailleurs il faut avant tout songer à une sciatique secondaire spécialement à une tuberculose vertébrale — à une urétrite gonococcique.

Il n'est pas rare, que cette affection commence par un lumbago, généralement léger et ce n'est que 36 à 48 heures après que la douleur apparaît au niveau du sciatique.

La douleur que présente le malade peut être unilatérale ou bilatérale (toujours unilatérale en cas de sciatique maladie). C'est une douleur qui siège au niveau de la région fessière et de la face postérieure de la cuisse. Elle irradie assez souvent au niveau de la jambe, parfois au niveau du pied. Sur ce fond continu de douleur surviennent des paroxysmes particulièrement intenses. La fréquence de ces paroxysmes est variable, leur apparition est parfois spontanée, parfois au contraire provoquée par un mouvement un effort, à l'occasion de la toux ou d'un éternuement.

La palpation permet de réveiller la douleur au niveau du trajet du sciatique. Valleix a le premier montré l'existence du point d'élection. Rappelons l'existence de haut en bas du point sacro-iliaque correspondant à l'interligne articulaire, le point fessier correspondant au point où le nerf sciatique sort de la grande échancrure sciatique, le point trochantérien, les nombreux points fémoraux postérieurs, le point péronéo-tibial et plus rarement enfin, le point malléolaire externe et le point plantaire externe. Il faut remarquer que la douleur n'est pas due uniquement à la pression directe du nerf ; En effet, au niveau du point sacroiliaque le sciatique ne peut être comprimé. Il faut faire intervenir l'atteinte des nerfs venant au plexus sacré et des branches postérieures

des racines lombaires. D'autre part, la douleur provoquée n'est pas aussi localisée que l'avait souligné les anciens auteurs ; c'est ainsi que l'a montré Sicard : il n'est pas exceptionnel de constater la présence de douleur sur le trajet du crural ou comme l'a montré Barbé, la pression de la masse des adducteurs est assez souvent douloureuse. Ainsi la lésion dépasse le sciatique proprement dit.

Les manœuvres de Lasègue mettent également en évidence la souffrance du sciatique. Cette manœuvre consiste, le sujet étant couché sur le dos, à fléchir sur le bassin, la cuisse douloureuse en maintenant le genou étendu. Ceci provoque dans la fesse une douleur extrêmement vive arrêtant le mouvement. Si l'on associe les mouvements d'adduction et de flexion du membre on sensibilise la manœuvre de Lasègue. Rappelons, d'autre part, l'existence du signe de Bonnet, la flexion adduction de la cuisse sur le bassin réveille la douleur.

La démarche est souvent impossible et lorsqu'elle se peut, c'est une démarche « en saluant ». Il est constant de constater quelques attitudes antalgiques. Il s'agit le plus souvent de scoliose dorso-lombaire croisée, plus rarement de scoliose homologue. Il faut d'ailleurs remarquer que ces scolioses peuvent varier avec les positions du malade — elles peuvent également se succéder — à la suite d'une scoliose croisée peut succéder une scoliose homologue.

D'après Sicard, la scoliose croisée s'observerait en cas de funiculite et entraînerait le baillement des trous de conjugaison diminuant ainsi la compression du nerf. Par contre, la scoliose homologue relèverait des sciatiques moyennes, la courbure ainsi produite rapprocherait les deux extrémités du tronc nerveux.

D'autres auteurs ont insisté pour expliquer ces attitudes vicieuses sur des attitudes spéciales au bassin et au membre inférieur du côté malade. On a décrit l'abaissement dans la station debout du bassin du côté malade, de même l'ascension talonnière du membre malade que l'on peut noter dans le décubitus. A ces attitudes antalgiques, il faut ajouter l'existence de courbure de compensation de sens inverse. Ces attitudes vicieuses apparaissent généralement en même temps que la douleur ; leur importance, semble être en rapport avec l'intensité des phénomènes douloureux, douleur et attitude antalgique disparaissent généralement en même temps.

La sciatique ne s'accompagne en général d'aucun phénomène moteur. Certains auteurs, cependant, ont prétendu qu'il existait quelques phénomènes parétiques se basant sur le fait que le malade ne peut se dresser sur la pointe du pied du côté douloureux. En pratique, il n'existe aucun trouble moteur. L'état des réflexes tendineux est variables. Jamais le réflexe rotulien n'est modifié. Le réflexe achilléen par contre

est souvent diminué, voire même aboli, mais cette modification de ce réflexe ne présente aucune valeur pronostique. On peut noter l'abolition du réflexe rétro-malléolaire, réflexe périosté, particulièrement sensible, correspondant de même que l'achilléen à L 5 et S 1, aussi n'est-il pas rare de constater l'abolition de ce réflexe tandis que l'achilléen est normal. Signalons le réflexe péronéo-fémoral postérieur de Guillain et Barré qui serait aboli dans les sciatiques hautes, ce réflexe correspond à S 1 et S 2. Toujours dans le domaine moteur, signalons l'exagération de la contractilité idio-musculaire. A propos de l'exagération de la contractilité idio-musculaire il faut remarquer qu'on peut la constater sur des muscles étant directement innervés par le plexus sacré. Par exemple au niveau des fessiers certains auteurs ont constaté que l'excitation des téguments de la partie postérieure de la fesse près du sillon interfessier entraîne une contraction violente au niveau du grand fessier.

En pratique, il n'existe pas le plus souvent de trouble de la sensibilité objective. Tout au plus, peut-on constater quelques phénomènes d'hypoesthésie, plus rarement d'hyperesthésie au niveau de la zone cutanée. La constatation de grosses modifications de la sensibilité et tout particulièrement de la sensibilité thermique doit faire rejeter le diagnostic de sciatique maladie.

L'hypotonicité musculaire est un symptôme constant. Elle se met facilement en évidence par la palpation des masses musculaires, par l'extensibilité plus grande des muscles atteints, par l'abaissement du pli fessier, le signe de l'équerre et du talon de Barré, la dépression plus grande du tendon d'Achille. Il faut noter que tous ces signes doivent être recherchés le malade agenouillé. D'ailleurs, des attitudes un peu différentes peuvent être notées selon la prédominance des lésions. Certains auteurs ont décrit, la surélévation du talon et la surfléxion plantaire du pied relevant de l'hypotonicité du jambier antérieur et des muscles antéro-externes. Dans ce cas on doit penser à l'atteinte de la 5^e lombaire. La rotation du pied vers la ligne médiane relevant de l'hypotonicité des muscles péroniers latéraux relève d'une atteinte de S 1 S 2. Après la guérison, on peut constater la persistance de cette hypotonicité. Il s'agirait alors d'une guérison incomplète, des récidives seraient à craindre.

Les troubles trophiques n'existent pas habituellement dans les sciaticques légères, ou ils ne surviennent qu'au cours des sciaticques anciennes encore s'agit-il de phénomènes amyotrophiques légers nécessitant des mensurations comparatives. Le pédieux est généralement le plus touché. On le constate en demandant au malade de relever fortement les orteils. Dans cette position, on constate que le muscle ne fait

plus la saillie habituelle sur la face dorsale du pied.

Les troubles sympathiques consistent généralement en une diminution de la température locale du côté malade. On peut constater également que la peau est sèche, rugueuse, par suite de la diminution de la sécrétion sudorale ; parfois même, mais cela uniquement dans les formes très anciennes, un aspect cyanotique de la partie inférieure du membre inférieur. Le réflexe pilo-moteur peut être modifié. Il s'agit alors d'après certains auteurs, d'une lésion radiculaire située su-dessous du point de rencontre avec les ramies communicantes. En règle, il n'y a jamais de trouble sphinctérien.

Pratiquement, on ne recherche pas les modifications des réactions électriques. Cependant, parfois l'exploration galvanique montre une hypoexcitabilité, dans certains cas même une réaction de dégénérescence partielle sur certains muscles. Il faut remarquer que les réactions anormales se constatent surtout au niveau du sciatique poplité interne plus qu'au niveau du sciatique externe. Dans certains cas, on a pu noter quelques légères modifications de la chronaxie.

Tels sont donc les symptômes observés au cours d'une névralgie sciatique, un examen général complet s'impose pour essayer de mettre en évidence la cause de cette névralgie sciatique. Il est de la plus haute

importance de pratiquer un toucher rectal, vaginal, de faire une analyse des urines, une réaction de Bordet-Wassermann dans le sang. On interrogera le malade pour essayer de mettre en évidence l'existence d'antécédents arthritiques : urticaires migraines — torticolis, insuffisance hépatique. On peut parfois trouver une origine alimentaire. A cet examen clinique, il faudra au besoin ajouter deux épreuves fondamentales : la radiographie du rachis et la ponction lombaire. Pour la radiographie du rachis nous rappellerons qu'il est de toute nécessité de prendre 3 radios — deux de profil — droit et gauche — une de face. Même dans les sciatiques dites essentielles on peut noter parfois des contours ostéo-articulaires moins nets que normalement. On examinera le trou de conjugaison ayant la forme d'un haricot à hile antérieurs. Quant à la ponction lombaire, elle retire un liquide normal dans la sciatique essentielle. Cependant Sicard a pu noter dans certains cas une augmentation du taux de l'albumine (0, 50). La durée de la névralgie sciatique dépend essentiellement de son étiologie ; même dans le cas de sciatique maladie, elle peut durer de 2 à 6 semaines, des rechutes sont toujours possibles.

A côté de cette forme typique de névralgie sciatique, il faut décrire des formes variables selon le niveau de la lésion. On a décrit des formes hautes, véritables funiculites, extra méningé. Bien souvent, c'est au

niveau du trou de conjugaison que le nerf est atteint. Il s'agit alors d'une véritable névrodocite. Dans ce cas, il existe un tableau clinique un peu spécial : scoliose croisée, rachis enraidí, douleur à la pression des apophyses transverses des dernières vertèbres lombaires, augmentation de la douleur par les mouvements du rachis, les points douloureux surtout ceux qui sont bas situés sont souvent inconstants. Par contre, il n'est pas exceptionnel de constater des phénomènes douloureux au niveau de l'obturateur et du crural. Ajoutons de plus que l'éternuement et la toux entraînent une augmentation de la douleur. A côté de cette forme haute, on distingue des formes moyennes. Il s'agit alors d'une véritable pléxite relevant de rhumatisme de l'articulation sacro-iliaque. Dans ce cas, on constate une douleur particulièrement nette au niveau de l'interligne sacro-iliaque, de même une douleur provoquée par le toucher rectal, ou encore par compression du bassin en appuyant sur les deux crêtes iliaques. Le réflexe achilléen et péronéo-fémoral persiste, par contre, le réflexe rétro-malléolaire est aboli. L'hypotonie musculaire prédomine au niveau de la masse des fessiers.

Enfin, il faut décrire des formes basses. Il s'agit ici de véritables tronculites. Elles sont constituées pendant longtemps les véritables névralgies sciatiques. Dans ces formes basses, la douleur existe uniquement

sur le sciatique. On note une scoliose homologue, le réflexe achilléen et rétro-malléolaire sont abolis, par contre le péronéo fémoral postérieur persiste. Il est constant de constater des phénomènes d'hypotonicité et de diminution de la température locale.

Diagnostic différentiel de la sciatique

Sans doute, l'aspect clinique de la sciatique est suffisamment caractéristique le plus généralement pour ne point prêter à erreur. Il est classique de citer parmi les erreurs possibles la douleur d'une névralgie crurale, d'une névralgie obturatrice ou encore du fémoro-cutané constituant ce que l'on appelle la névralgie parasthésique de Roth. Il y a quelques années, on insistait tout particulièrement sur les sciatiques simulées et dans ce but, on mettait en évidence l'importance des signes organiques. Quant à l'hystérie, il s'agit ici d'un diagnostic des plus exceptionnels, en effet, l'hystérie ne donne pour ainsi dire jamais de phénomène algiques et d'ailleurs dans ces rares cas s'accompagne d'une crise nerveuse et survient brusquement.

Autrement plus difficile est le diagnostic avec certaines affections siégeant au niveau du tissu cellulaire, des muscles ou encore du système ostéo-articulaire, voire même du système circulatoire. Il s'agit parfois de véritables pseudo-sciatiques dont le diagnostic est souvent fort délicat.

Les cellulites siégeant au niveau du membre inférieur peuvent dans certains cas entraîner des phénomènes douloureux simulant de fort près la névralgie sciatique. Dans ce cas, la douleur prédomine au niveau de la région fessière, ne siège jamais au niveau de la jambe, ne présente pas de paroxysme spontané ; elle est accrue par la position debout et par les mouvements. L'examen décèle uniquement du point de vue neurologique quelques légers symptômes d'hypotonie musculaire, mais c'est surtout la palpation qui va montrer l'élément essentiel de diagnostic. Non seulement le pincement de la peau et du tissu cellulaire sont douloureux, mais surtout la palpation révèle l'existence de nodocité arrondie ou de cordon ramifié voire même de placard infiltrant, de largeur et d'épaisseur variables ; tous ces éléments siégeant dans le tissu cellulaire sous-cutané ou encore dans les aponévroses. Ces formations ont tendance à durcir en passant à la chronicité. Ces éléments doivent être recherchés en certaine zone sous-illiaque postérieure, région sacro-illiaque, région des adducteurs et du creux poplité. La douleur dans cette affection relève de l'englobement des rameaux nerveux sensitifs par les rétractions tissulaires. Cette affection nécessite des massages journaliers, on voit alors les nodules devenir plus apparents et même plus douloureux . Il faut pratiquer à cette période de véritables malaxations entraînant

la disparition de ces nodules en deux à trois semaines.

D'ailleurs, il faut remarquer que la c  lulite peut entraîner de véritables névralgies sciatiques par atteinte du nerf lui-même. Il s'agit alors d'infiltration c  llulalgique dans le périnèvre ou dans les cloisons interfasciculaires du tronc nerveux.

Notons pour terminer l'existence d'algies survenant au cours du myxœdème avec épaississement du derme et capitonnage du tissu cellulaire.

A côté des cellulites, il faut citer les myalgies à topographie pseudo-sciatiques. L'aspect de ces myalgies d'origine rhumatismale serait à peu près identique à celui de la sciatique maladie. Cependant, les douleurs provoquées par la pression profonde dépassent très nettement le trajet du tronc nerveux. Le pincement des masses musculaires est nettement douloureux et tout particulièrement le moyen fessier et le demi-tendineux. Ajoutons de plus que l'extension de la cuisse sur le bassin dans le décubitus ventral provoque une douleur dans le pli de l'aîne. La topographie de la douleur est ici uniquement musculaire. L'aspect clinique des deux affections : sciatique banale et myalgie rhumatismale est souvent identique.

L'affection qui prête peut-être le plus souvent erreur est l'arthrite chronique de la hanche. L'élément de diagnostic est l'exploration méthodique de la mobilité articulaire. On constate que l'hyperextension, le

malade étant dans le décubitus ventral, est absolument impossible, l'adduction et l'abduction sont très limitées.

La radiographie en tous cas viendra confirmer le diagnostic, même si l'arthrite n'est pas à la période de grosses déformations, on observe toujours un certain flou de l'interligne articulaire, un petit élargissement de la fossette du ligament rond, une ébauche d'ostéophytes à l'union du col et de la tête, une légère proéminence externe du sourcil cotyloïdien. A la période des déformations, le diagnostic radiologique s'impose avec déformation de la tête aplatie, ovalaire, voire même irrégulière, hyperostose du toit du sourcil cotyloïdien, différence d'opacité, relevant de la condensation et de la raréfaction osseuse.

Citons que certaines ostéoporose post-traumatiques peuvent parfois prêter à confusion avec une névralgie sciatique, mais les antécédents et d'autre part, la radiographie permettront de faire facilement le diagnostic.

Nous terminerons ce chapitre de diagnostic différentiel en citant les douleurs d'origine vasculaire. Certaines oblitérations artérielles peuvent en effet entraîner des phénomènes douloureux. Il peut s'agir de formes algiques pures. Ces douleurs continues présentent parfois des paroxysmes, spécialement au moment de la marche et par temps froids. L'examen

neurologique est négatif. Ici, c'est l'exploration escillométrique des membres qui fera le diagnostic en montrant une notable diminution des oscillations à l'appareil de Pachon. Notons également que la Plegmatia-alba-dolens peut entraîner des phénomènes douloureux pouvant simuler une névralgie sciatique, mais ici il s'agit plutôt d'une sensation d'endolorissement que d'une véritable douleur. On a même décrit des phénomènes douloureux du type sciatique survenant chez des variqueux ; cet élément douloureux relèverait de l'atteinte des vasa nervorum. D'autres auteurs ont signalé l'existence de névrites artério-scléreuses par atteinte des artériolites des nerfs.

Diagnostic étiologique de la névralgie sciatique

En présence d'une névralgie sciatique, il est de la plus haute importance d'essayer par un examen clinique et para clinique de mettre en évidence l'étiologie de cette affection. Il permet en effet d'une part, de poser un pronostic et d'autre part, d'instituer un traitement approprié.

Il est des sciatiques de causes évidente, telles celles qui surviennent à la suite d'un traumatisme : compression du nerf par un fragment osseux ou un cas exubérant au cours d'une fracture du bassin. Ce peut être dans d'autres cas une section partielle ou une irritation par un corps étranger. Ce peut être également la piqure du nerf à la suite d'une injection malencontreusement pratiquée. D'ailleurs, une simple injection intra-fessière faite au voisinage immédiat du nerf sans cependant le toucher peut produire une sciatique des plus vives. Parmi les causes évidentes, citons également la sciatique de la grossesse pouvant s'expliquer par un phénomène de compression du plexus sacré

par l'utérus gravide. On peut constater également des sciaticques du post partum, relevant pour les uns d'un phénomène mécanique, pour les autres, d'accidents infectieux.

Dans certains cas, le diagnostic est autrement difficile il faut rechercher avec soin la cause de la névralgie sciatique. Dans un premier ordre de faits, la cause peut siéger au niveau du rachis. A ce niveau, les étiologies à envisager sont : la syphilis, la tuberculose, le cancer, les tumeurs juxta-médullaires, et enfin le rhumatisme chronique.

Les sciaticques de la syphilis : leur variété la plus intéressante en est la radiculite spécifique qui peut constituer une atteinte isolée du névraxe au cours de la période secondaire ou tertiaire de la maladie. Le début en est généralement brusque, la douleur n'est généralement pas continue mais intermittente, la topographie en est nettement radiculaire et il est possible de mettre en évidence des troubles objectifs de la sensibilité surtout marqués pour le tact. Ces manifestations sont souvent bilatérales. L'évolution se fait généralement en deux phases : une première phase algique, une deuxième phase névritique avec disparition des douleurs mais abolition d'un ou des deux réflexes achilléens. Dans ce cas, de névralgie sciatique, la ponction lombaire présente un intérêt de

premier plan : elle permet de mettre en évidence la méningite syphilitique. On constate en effet dans le L. C. R. de l'hyperalbuminose, lymphocytose avec souvent Bordet-Wassermann positif. Notons que la radiculite spécifique peut s'observer également au cours du tabès.

A titre plus exceptionnel, rappelons l'existence de douleurs sciaticques survenant au cours de la méningite syphilitique chronique gommeuse de la queue de cheval. Dans ce cas, les phénomènes douloureux sont bilatéraux, s'accompagnent d'une manière précoce de paralysie et de troubles sphinctériens. On constate ici également une forte réaction méningée, le syndrome de Froin n'est pas rare, le Bordet-Wassermann est positif.

Les sciaticques secondaires à la tuberculose vertébrale.

Il n'est pas exceptionnel, surtout chez les sujets jeunes et les enfants, qu'une sciaticque soit le premier symptôme d'un mal de Pott lombaire ou sacré resté jusque là latent. En faveur du mal de Pott, il faut insister sur l'âge relativement jeune du malade, les antécédents et l'existence de lésions bacillaires associées, l'accentuation des douleurs après la fatigue de la journée. On recherchera d'autre part, la raideur de la colonne vertébrale, la percussion douloureuse des apophyses épineuses. La radiographie présente un intérêt

considérable. Au début, son interprétation est souvent difficile. Il sera parfois difficile d'évaluer la valeur d'un pincement des disques. On recherchera la décalcification vertébrale. La ponction lombaire qu'il ne faut pratiquer qu'avec une extrême prudence permet de découvrir une dissociation albuminocytologique venant témoigner d'une compression médullaire.

Les sciaticques relevant d'un cancer rachidien. — Il s'agit le plus souvent d'une métastase osseuse, d'un néoplasme viscéral (sein, estomac, utérus). Dans ce cas, la douleur est intense, persistant nuit et jour, elle n'est même pas soulagée par la morphine ; outre les caractères de cette douleur, il faut insister sur l'importance au point de vue étiologique d'une part des antécédents, d'autre part, de la radiographie. Celle-ci montre en effet, un ou deux corps vertébraux déformés hyper ou hypo transparents, s'accompagnant d'une intégrité complète des disques inter-vertébraux correspondants. On a décrit du point de vue radiologique trois aspects du cancer rachidien : la forme ostéoporotique, la forme ostéoplastique et enfin la forme condensante simple. Le cancer primitif du rachis est plus rare. La radiographie montre alors un espace plus ou moins clair correspondant au processus qui détruit le tissu osseux. Généralement, ces destructions sont unilatérales, il faut insister sur l'intégrité des disques.

Signalons à titre plus accessoire les névralgies sciatiques secondaires à un ostéosarcome du bassin ou encore de la tête ou du corps fémoral.

Névralgies sciatiques secondaires à une tumeur juxta médullaire siégeant au niveau de la queue de cheval. Dans ce cas, il existe une raideur douloureuse de la colonne lombaire, qui est particulièrement étendue contrairement à la rigidité que l'on constate au cours du mal de Pott. Les douleurs ne sont nullement influencées par le repos, le décubitus dorsal semble au contraire les accroître, les réflexes tendineux ne sont que légèrement modifiés, l'épreuve de Queckensteadt se montre positive. L'examen du L. C. R. révèle une dissociation albuminocytologique parfois même un syndrome de Froin. L'examen radiographique associé à une injection de lipiodol peut fournir d'utiles renseignements en se basant sur l'arrêt de ce liquide, arrêt en cupule, en bonnet phrygien.

Les sciatiques secondaires aux rhumatismes chroniques du rachis. — Il est des cas où la névralgie sciatique peut être le seul symptôme clinique de ce rhumatisme chronique. Il peut s'agir de forme ostéophytique ; ici c'est la production d'ostéophyte au voisinage du trou de conjugaison qui explique les douleurs névralgiques. Dans d'autres cas, il s'agit

d'une forme ankylosante, véritable polyarthrite des petites articulations vertébrales avec disparition du cartilage articulaire et ossification des ligaments. A la radiographie, le contour des apophyses articulaires est flou ; l'étréit interligne articulaire est invisible. Dans les formes particulièrement étendues, il s'agit alors de la spondilose rhyzomélique. Citons également l'arthrite rhumatismale chronique sacro-illiaque qui, même isolée, peut entraîner une névralgie sciatique. La radiographie montre un flou de l'interligne articulaire. A titre exceptionnel, certaines névralgies spécialement lombo-sacrées peuvent relever d'une ostéite condensante des vertébrés lombaires et des ailes illiaques.

Enfin, la sacralisation douloureuse de la 5^e vertèbre lombaire peut entraîner des phénomènes douloureux au niveau du sciatique. A la malformation osseuse s'ajoutent des phénomènes de condensation du tissu fibreux de voisinage ; la radiographie fait aisément le diagnostic.

La cause de la névralgie sciatique peut siéger au niveau du petit bassin. — Il faut tout d'abord insister sur l'importance des néoplasies et des inflammations du petit bassin. Chez tout malade souffrant d'une sciatique, il importe, nous l'avons vu, de suspecter un cancer du rectum, de la vessie ou encore de la pros-

tate. Chez la femme, on pensera toujours à la possibilité d'un cancer utérin. Chez une malade anciennement opérée, on pourra se demander s'il s'agit d'une métastase vertébrale ou d'une récurrence pelvienne. Les inflammations des annexes peuvent également donner des névralgies sciatiques ; en réalité, les annexites donnent plutôt lieu à des névralgies obturatrices.

Les sciatiques peuvent relever d'une affection d'ordre général. Il peut s'agir tout d'abord d'intoxication, tel l'alcoolisme, les intoxications par le plomb, l'oxyde de carbone, le mercure.

Dans d'autres cas, il s'agit d'auto-intoxication. Nous avons insisté à plusieurs reprises sur l'importance du diabète. Rappelons que la goutte à une période avancée peut également entraîner des douleurs sciatiques.

À côté de ces intoxications, il faut mettre en évidence l'importance des infections. Nous avons déjà vu les sciatiques relevant de la syphilis ou de la tuberculose, infection agissant le plus souvent par l'intermédiaire d'un processus local.

La blennorrhagie est une cause fréquente de sciatique surtout chez les sujets jeunes. La névralgie apparaît au cours de l'urétrite aiguë. Elle dure une quinzaine de jours environ, mais peut réapparaître à chaque poussée d'urétrite.

Citons également les névralgies sciatiques secon-

daires à la grippe, au paludisme. On connaît depuis longtemps les névralgies sciatiques du zona, relevant d'une atteinte de L. 5 S. I, S.2, le diagnostic de zona se faisant par l'apparition de vésicules tout à fait caractéristiques.

L'encéphalite épidémique peut entraîner des phénomènes algo-myocloniques. L'existence de véritables petites épidémies de névralgies sciatique a fait suspecter la possibilité de névraxite infectieuse. Dans ce cas, le début de la sciatique est brusque, la douleur est atténuée par les mouvements actifs du malade et présente une topographie radiculaire. Cependant, il semble que ces névraxites infectieuses soient moins fréquentes dans l'étiologie de la sciatique que dans celles des névralgies du plexus brachial.

Il n'est pas exceptionnel que même, malgré un examen clinique et para-clinique minutieux, on ne puisse mettre en évidence une étiologie. Dans ce cas, il s'agit de sciatique essentielle » sciatique maladie », apparaissant souvent à l'occasion du froid, de l'humidité, se voyant plus souvent dans les premiers mois de l'année. La radiographie ne montre aucune altération du squelette vertébral. Le liquide céphalo rachidien est normal ; il peut cependant, dans certains cas exister une augmentation du taux de l'albumine pouvant aller jusqu'à 0 gr. 50 sans réaction cellulaire appréciable. C'est ici que l'on peut souvent par

l'interrogatoire mettre en évidence l'existence d'un terrain arthritique. Il est possible parfois de trouver une origine alimentaire telle l'ingestion de chocolat ou de légumes comme les tomates et l'oseille.

La pathogénie de cette sciatique essentielle reste des plus discutée et des plus obscure. Certains auteurs modernes ont insisté sur le fait qu'il ne s'agissait pas seulement d'une atteinte du nerf, mais en réalité d'une véritable « maladie de région ». Tous les plans peuvent être touchés au cours de la maladie sciatique, plan musculaire avec les muscles fessiers, pelvitrochanteriens, plan tendineux périostique. Il s'agit d'une véritable maladie régionale. On a d'autre part insisté sur le fait qu'il existait fréquemment une inflammation des canaux ostéo-fibreux, où chemine le nerf — c'est à dire, trous de conjugaison — grandes échancrures, gouttière ischio-trochantérienne. C'est la neurodocite de Sicard.

D'autres auteurs ont insisté sur l'origine infectieuse à point de départ bucco-pharyngé d'un certain nombre de sciatique dite essentielle.

Traitement de la névralgie sciatique

Nous n'envisagerons ici que le traitement de la sciatique « maladie ». En effet, dans les sciaticques secondaires, le véritable traitement consiste à s'attaquer à la maladie causale. Nous avons vu, dans les quatre observations que nous présentons, l'heureux effet thérapeutique obtenu par le double traitement d'injections sous-cutanées d'air associées à l'injection profonde intramusculaire de sérum physiologique novocaïne à 0,15 sur 100. Nous rappellerons les différentes méthodes proposées contre la sciatique.

On a proposé tout d'abord des applications locales. C'est avant tout la chaleur sous toutes ses formes (compresses électriques chauffantes, sacs de sable chaud, douches d'air chaud, etc.). Certains auteurs ont insisté sur les heureux effets thérapeutiques du froid sous forme de syphonage ou de stypage au chlorure de méthyl. On peut pratiquer également les vésicatoires et les ventouses scarifiées. Enfin, on peut prescrire une pommade calmante à base de salicylate de méthyle, de baume tranquille etc..

Le traitement interne doit être double : d'une part, il doit lutter contre la douleur et d'autre part, il doit essayer d'agir sur le terrain du malade.

Nous n'insisterons pas sur les différents médicaments antalgiques qui ont été proposés jusqu'à nos jours. Nous rappellerons seulement l'intérêt qu'il y a vérifier l'intégrité rénale. Parmi les nombreux médicaments, citons l'aspirine, l'antypirine, la phénacétine, l'atophan, l'atophinol, l'atoquinol, le salicylate de soude, le pyréthan. Quant aux opiacés, il ne faut les donner qu'avec une extrême prudence, étant donné les risques de la toxicomanie. Parmi ces médicaments, il semble peut-être que ce soit l'héroïne le mieux indiqué, par suite de son action essentiellement sédative, sans exposer aux petits accidents d'intolérance.

Par le traitement interne, il faut également, nous avons vu, essayer d'agir sur le terrain du malade. Ici, il s'agit essentiellement de la diathèse arthritique et rhumatismale. C'est dire l'intérêt des médicaments à base d'iode soit par voie buccale, soit par injection intra-veineuse massives d'iodure de sodium. Il faut également souligner l'intérêt des diurétiques divers et des éliminateurs de l'acide urique (Pépérazine, sels de lithine).

Les injections locales ont à leur actif de nombreux cas de guérison. C'est ici qu'il est particulièrement intéressant de distinguer les variétés hautes, moyennes

ou basses de la sciatique. Parmi ces injections locales, nous avons déjà insisté sur l'intérêt de l'injection d'air dans le tissu sous-cutané du membre malade. Cette injection d'air semble surtout agir par distension au niveau des petits filets terminaux du nerf.

On a proposé également les injections juxta-nerveuses qui semblent particulièrement indiquées dans les formes moyennes et les formes basses. Il est certains produits qui sont bien tolérés par le nerf. On peut faire alors l'injection le plus près du nerf sans craindre d'accidents. Parmi ces médicaments, il faut citer le lipiodol, la naïodine, le camphre-salyl. On injecte le liquide au point le plus particulièrement sensible et de préférence au niveau de l'articulation sacro-illiaque et de la grande échancrure sciatique.

Il est d'autres produits qui sont par contre mal supportés par le nerf. Dans ce cas, il faut se tenir à distance des nerfs de 2 à 5 cm. Parmi ces produits nous citerons les injections profondes d'alcool anti-pyriné.

Parmi les autres médications, il faut insister sur *les agents physiques*. La radiothérapie a une action rapide le plus souvent. Il faut, bien entendu, qu'il s'agisse de véritables sciatiques rhumatismales, c'est-à-dire qu'il s'agit le plus souvent de sciatique d'origine funiculaire. La radiothérapie radiculaire est la plus employée. La sédation des phénomènes doulou-

reux peut être très rapide. Il faut être averti du fait que le soir de la première séance le malade peut présenter une exacerbation des douleurs. En cas de fragmentation de la douleur, on pratiquera une radiothérapie directe de ces points douloureux.

Parmi les autres méthodes physiques, on peut utiliser la *galvanisation*, soit galvanisation longitudinale, soit galvanisation transversale de Hirtz. Certains auteurs préconisent l'ionisation médicamenteuse : on utilise alors soit une solution de salicylate de soude à 1 %, soit une solution de chlorure de calcium à 1 %. Certains auteurs préconisent l'azotate d'aconitine.

La diathermie a également été employée, mais il est nécessaire de ne point employer des intensités trop fortes, car la diathermie peut provoquer des exacerbations douloureuses pouvant persister très longtemps sous forme de crampes tenaces. D'autres auteurs ont préconisé les rayons ultra-violets qui agissent par un mécanisme révulsif. Il est indispensable d'irradier tout le membre inférieur. Au début, on fait des applications quotidiennes, ultérieurement, des applications tous les 2 jours seulement. On peut noter au début une recrudescence des douleurs. On a préconisé l'utilisation des rayons infra-rouges.

Il est des sciaticques qui commandent une thérapeutique spéciale. C'est ainsi dans le cas de sciatique haute ou

moyenne, on sera amené à pratiquer une injection para-vertébrale de novocaïne. Dans ce cas, on passe dans l'espace ilio-sacro-vertébro-transversaire ; on prend contact avec le bord inférieur de l'apophyse transverse, puis on enfonce l'aiguille de 2 à 3 cm, en se portant un peu en dedans, on pousse l'injection lorsqu'on se trouve situé à une profondeur variable de 5 à 8 cm.

Dans le cas de sciatique haute, bien des auteurs ont insisté sur l'intérêt des injections épidurales. Cette méthode a comme intérêt de porter le liquide modificateur au niveau même des trous conjugués. On pratique plus généralement une injection épidurale basse. Nous rappellerons que les repères capitaux sont constitués par les cinquièmes tubercules sacré-postérieurs. Pour les mettre en évidence, il faut suivre de haut en bas la crête illiaque, l'orifice repéré, il faut enfoncer l'aiguille au ras de l'extrémité inférieure de la crête sacrée. Nous rappellerons que dans un premier temps l'aiguille faisant avec la peau un angle de 80° ouvert dans le bas perfore la membrane obturatrice. Dans un 2^e temps, il faut abaisser l'aiguille de 20° dans le plan sagittal si l'on veut pénétrer dans le canal. On injecte alors 20 cmc de sérum physiologique contenant de 5 à 10 cgr de novocaïne. La même injection sera renouvelée tous les trois jours jusqu'à concurrence de 5 à 6 injections. Nous rappellerons que Sicard et

Forestier ont décrit une injection épидurale haute.

Nous avons vu qu'il existait des sciatiques surveillant sur des sujets présentant des signes de diathèse colloïdo-classique. Dans ce cas, les auteurs allemands conseillent des injections intra-fessières à doses progressivement croissantes d'un auto-lysate de bacille prodigiosus et de staphylocoques. Cette vaccinothérapie qui n'a rien de spécifique est en réalité une protéinothérapie. Dans le même but, on peut utiliser des injections sous-cutanées à doses croissantes de vaccin T.A.B. de l'Institut Pasteur. Dans ce même ordre d'idée, certains auteurs ont préconisé l'auto-hémothérapie.

Dans certains cas, la douleur de la névralgie sciatique persiste malgré toutes les thérapeutiques. C'est dans ses formes à tendance chronique qu'il est souvent utile d'instituer une diététique visant surtout à modifier le terrain sur lequel évolue la névralgie sciatique. Ce sera un régime hypocarné, à prédominance végétarienne à l'exception des légumes riches en acide oxalique ; enfin, ce sera un régime hypopurinique (abstention complète de gibier). On pourra ajouter quelques prescriptions médicamenteuses : opothérapie hépatique, sels de magnésium préparations phosphorées. On pourra essayer le traitement ioduré. On pourra également conseiller des cures hydro-ménérals, Bourbon-Lancy, Bourbon-Larchambault, Lamalou, Aix-les-Bains. Ax, Balaruc, Dax, etc..

Observations

PREMIERE OBSERVATION. — M^{me} T..., âgée de 48 ans, est atteinte le 12 février 1933 d'un lumbago. La malade a ressenti dans la région lombaire un violent endolorissement. Il est apparu, deux jours après, une douleur siégeant au niveau du membre inférieur droit. Cette douleur siégeait au niveau de la région fessière et au niveau de la face postérieure de la cuisse, douleur non seulement continue et sourde, mais présentant des paroxysmes particulièrement intenses. A l'examen, on constatait l'existence des points douloureux de Valleix, spécialement au niveau des points fessiers, trochantériens, péronéo-tibial. Les manœuvres de Lasègue ont bien montré l'existence d'une névralgie sciatique, aussi bien dans les mouvements de flexion de la jambe que dans les mouvements d'abduction et d'adduction. La malade marchait difficilement et c'était alors la démarche classique dite « en saluant ». Debout, on constatait des attitudes antalgiques. Il s'agissait d'une scoliose dorso-lombaire homologue. Du point de vue neu-

rologique, on ne constatait aucun trouble moteur, décelable par les procédés habituels, de la force segmentaire. Les reflexes tendineux étaient absolument normaux ; l'étude de la sensibilité objective ne montrait aucune modification. Par contre, on constatait des signes d'hypotonicité musculaire, entre autres le signe de l'équerre et du talon, l'abaissement du pli fessier du côté malade. On ne constate aucun trouble trophique. On note une légère diminution de la température locale du côté de la névralgie sciatique. Pas de trouble sphinctérien. L'examen général montre l'absence de signe de Babinski, des réflexes pupillaires normaux, l'examen de la colonne vertébrale montre l'absence de rigidité segmentaire, l'absence de douleur, le toucher rectal et vaginal est négatif. Dans les urines, pas de sucre, aucun antécédent d'éthylisme. L'interrogatoire ne permet pas de constater une origine alimentaire, aucun antécédent héréditaire ou personnel d'arthritisme. Le jour même où nous vîmes cette malade, nous fîmes une injection sous-cutanée d'air chaud avec la soufflerie d'un thermocautère. L'air passait à travers un tube de verre filtrant avec de l'ouate stérilisée. L'injection fut faite au niveau des régions fessières, postéro-externe et postéro-interne de la cuisse. A cette médication, nous avons ajouté une injection locale de 50cc. de serum physiologique stérilisé additionné de 0,5 pour 100

de novocaïne faite à la sortie de l'échancrure sciatique entre l'ischion et le grand trochanter et au niveau de la face postérieure de la cuisse. Ce traitement fut continué tous les deux jours pendant 6 jours, date à laquelle une atténuation extrêmement marquée apparut. La malade continua à se plaindre légèrement de sa jambe droite encore pendant une quinzaine de jours environ.

DEUXIEME OBSERVATION. — M. B..., âgé de 52 ans, début de la sciatique le 13 mars. Le malade est vu le lendemain. Il présente le tableau classique d'une sciatique. Il souffre à gauche d'une douleur siégeant au niveau des régions fessières et de la face postérieure de la cuisse, douleur extrêmement intense. L'examen objectif a permis de constater l'existence de points douloureux au niveau de la région sacro-illiaque au niveau des points fessier, trochantérien, fémoraux postérieurs, péronéo-tibial avec légère réaction douloureuse au niveau du point malléolaire externe. Il faut noter que chez ce malade, on constatait l'existence d'un point douloureux au niveau du trajet du crural. Les épreuves de Lasègue ont mis en évidence l'atteinte du sciatique. On a réveillé également la douleur par la flexion adduction forcée de la cuisse sur le bassin. La démarche était absolument impossible, le malade mis debout, on

constatait une scoliose dorso-lombaire croisée. L'examen neurologique systématique a montré l'absence de troubles moteurs, l'abolition du reflexe achilléen et du reflexe péronéo-fémoral postérieur. On ne note aucun trouble de la sensibilité objective. L'hypotonie musculaire est manifeste se traduisant par l'abaissement du pli fessier.

On ne note bien entendu, aucun trouble sphinctérien, ni non plus aucun trouble sympathique, pas de diminution de la température locale. L'examen général montre l'absence de troubles des reflexes pupillaires, pas de signes de Babinski, aucun signe au niveau de la colonne vertébrale, toucher rectal négatif. Pas de sucre dans les urines. Par l'interrogatoire on met en évidence l'existence d'antécédents arthritiques. Au point de vue héréditaire, mère atteinte de migraines, le malade présente des signes de fragilité hépatique avec urticaires fréquents. Il s'agissait en somme d'une névralgie sciatique dite « essentielle ». Ici encore, nous avons institué le double traitement d'une part par des injections sous-cutanées d'air, d'autre part, une injection profonde loco-dolendi de serum physiologique novocaïne à 5 %. Dès le 20 mars, une très notable amélioration fut constatée. Pendant une vingtaine de jours environ, le malade continua à souffrir légèrement de sa jambe. On vit réapparaître les

réflexes tendineux abolis que l'on avait constaté. Pendant la phase de régression, le malade souffrit uniquement au niveau de la région fessière.

TROISIEME OBSERVATION. — M. R.... âgé de 42 ans. Le début de la névralgie sciatique a lieu le 18 avril. Le malade est vu le surlendemain. Il souffre du côté gauche. Il présente le tableau typique d'une névralgie sciatique. Il se plaint d'une douleur au niveau de la région fessière et de la face postérieure de la cuisse ; sur un fond continu de douleur se greffent des paroxysmes particulièrement intenses.

L'examen objectif met en évidence l'existence de douleur par pression au niveau du point fessier, trochantérien, le long du trajet du sciatique, au niveau de la face postérieure de la cuisse, au niveau du point péronéo-tibial. Là encore, les manœuvres de Lasègue sont positives, on constate le signe de Bonnet. La démarche est à peu près impossible ; en examinant le malade de dos, on constate l'existence d'attitudes antalgiques avec scoliose dorso-lombaire homologue, avec des courbures de compensation sus et sous-jacentes. L'examen neurologique montre l'absence de modifications des réflexes tendineux, l'absence de troubles moteurs, l'absence de troubles de la sensibilité objective, les troubles de l'hypotonie musculaire sont à peine marqués, pas de troubles tro-

phiques, une légère diminution de la température locale du côté malade, aucun trouble sphinctérien. L'examen général ne permet de mettre en évidence aucune cause. L'analyse des urines est négative, de même la réaction de Bordet-Wassermann, pas de modification des réflexes pupillaires, le toucher rectal ne permet de déceler aucune affection du petit bassin. L'étude des antécédents héréditaires et personnels ne permet pas de révéler l'existence d'un terrain arthritique. Ici encore, nous avons institué le double traitement par injections sous-cutanée d'air et par injections profondes de sérum physiologique novocaïne à 0,5 pour 100. Nous avons répété ce traitement tous les deux jours pendant 8 jours.

Chez ce malade, il fallut attendre une dizaine de jours pour voir apparaître une légère amélioration. La douleur persista pendant trois semaines environ, siégeant uniquement au niveau de la face postérieure de la cuisse. Pendant encore deux semaines après, le malade ressentait quelques légères douleurs au moment de la marche.

QUATRIEME OBSERVATION. — M. A..., âgé de 49 ans.

Début le 23 octobre 1933. Vu le 27 octobre c'est le tableau classique d'une sciatique. Elle siège à droite, Il présente, en effet, une douleur spontanée au niveau

des régions fessière et face postérieure de la cuisse. Douleur non seulement continue, mais présentant des paroxysmes intenses. Cette douleur est accrue par la toux et les mouvements de la colonne vertébrale. L'examen objectif révèle l'existence de points douloureux au niveau de la région sacro-illiaque fessière et enfin au niveau du point trochantérien. La pression au niveau de la masse des adducteurs entraîne une légère réaction douloureuse. Le malade présente une réaction douloureuse au niveau du crural. Les épreuves de Lasègue objectivent bien l'atteinte du sciatique, de même que le signe de Bonnet. Le malade marche difficilement et c'est alors la démarche en saluant. Debout, on constate les attitudes antalgiques avec une scoliose dorso-lombaire croisée. Un examen neurologique complet met en évidence l'absence de troubles moteurs. Par contre, une modification au niveau des réflexes tendineux, diminution du réflexe achilléen avec abolition du réflexe péronéo fémoral postérieur de Guillain et Barré. On ne note aucun trouble de la sensibilité objective. On met en évidence l'existence de troubles toniques avec abaissement du pli fessier, le signe de l'équerre et du talon. On ne constate aucun trouble trophique aucun trouble sympathique, pas de trouble sphinctérien. Il faut noter ici l'existence d'un léger enraidissement de la colonne vertébrale. La pression des apophyses transverses des deux der-

nières vertèbres lombaires est légèrement douloureuse. L'examen général montre l'absence de toute étiologie manifeste, l'examen des urines est négatif, de même que les résultats fournis par le toucher rectal. On constate l'existence d'antécédents héréditaires et personnels d'arthritisme : urticaire, et surtout migraines fréquentes. Antécédents de torticoli il y a 3 ans. Nous avons institué immédiatement le traitement par injections sous-cutanée d'air et par injections profondes de sérum physiologique novocaïné à 0,5 pour 100. Nous avons poussé une partie de l'injection dans l'espace ilio-sacro-vertébro transversaire. L'amélioration ici s'est produite très rapidement puisque dès le 3 novembre une amélioration considérable était constatée. Pendant une dizaine de jours encore, le malade a continué à souffrir légèrement. Il faut remarquer que dans cette observation il s'agit vraisemblablement d'une funiculite extra-meningée d'une névrodocie du trou de conjugaison, comme le prouvent le rachis légèrement enraidit la douleur à la pression des apophyses transverses, l'augmentation de la douleur à la toux l'extension de cette douleur au niveau du crural et de la masse des adducteurs.

CINQUIEME OBSERVATION. — M^{me} F... âgée de 56 ans. Le début a lieu le 18 mai 1933. Elle présente une douleur au niveau de la région fessière et de la

face postérieure de la cuisse. Depuis déjà une quinzaine de jours, elle avait présenté pendant quelques instants quelques tiraillements au niveau de cette région. Le jour que nous l'avons examinée, nous avons constaté l'existence de points douloureux au niveau de la région fessière trochantérienne et le long du trajet du sciatique au niveau de la face postérieure de la cuisse. Pas de points douloureux péronéo-tibial, pas de points douloureux malléolaires externes. Les manœuvres de Lasègue, le signe de Bonnet mettent bien en évidence la souffrance du sciatique. La malade debout, on constate l'existence d'une scoliose dorso-lombaire homologue. On ne constate aucun trouble moteur ; par contre, l'absence ou du moins la diminution du réflexe achilléen, une légère diminution de la sensibilité objective du côté atteint. On met en évidence l'existence de troubles toniques se traduisant par un abaissement manifeste du pli fessier et par le signe de l'équerre et du talon. Vu à cette période, la malade ne présentait aucun trouble amyotrophique, même au niveau du pédieux. On constate par contre quelques légers troubles sympathiques avec diminution de la température locale du côté malade. Par l'interrogatoire, nous apprenons que cette personne a été opérée, il y a de cela 4 ans pour un cancer du col utérin, opération ayant consisté en une hystérectomie. Le toucher vaginal montre l'exis-

tence d'une masse dure et mal limitée au niveau du cul de sac de Douglas. Dans ce cas, il s'agit d'une névralgie sciatique secondaire à une métastase survenue à la suite d'une intervention pour cancer du col utérin.

SIXIEME OBSERVATION. — Il s'agit d'un homme de 32 ans que nous avons eu l'occasion de voir le 28 octobre pour une sciatique bi-latérale ayant apparu quelques jours auparavant. Il présentait une douleur non seulement continue mais paroxystique siégeant au niveau de la face postérieure de la cuisse. Cette douleur était augmentée par la pression au niveau des classiques points d'élection de Valleix. Tout particulièrement, au niveau du point fessier, trochantérien, des points fémoraux postérieurs échelonnés à la face postérieure de la cuisse. On notait également une réaction douloureuse au niveau du point péronéo-tibial et une réaction seulement sensible au niveau du point malléolaire externe. Les manœuvres de Lasègue appliquées chez ce sujet ont montré qu'ils s'agissait bien d'une sciatique, de même la constatation du signe de Bonnet. Il s'agissait ici d'une sciatique bi-latérale rendant la marche impossible. L'examen neurologique montrait l'absence de troubles moteurs, la diminution du reflexe rétro-malléolaire ; aucun trouble de la sensibilité objective.

Par contre, on mettait facilement en évidence, malgré la bilatéralité, l'existence de troubles toniques avec abaissement du pli fessier et l'existence particulièrement manifeste du signe de l'équerre et du talon. Il n'existait aucun trouble trophique, aucun trouble sympathique, aucun trouble sphinctérien. Chez ce malade, l'interrogatoire mettait en évidence l'existence d'une uréthrite gonococcique aiguë datant de quinze jours. Il s'agissait ici indiscutablement d'une sciatique symptomatique de cette affection gonococcique. Cette névralgie sciatique, en dehors d'un traitement purement symptomatique a duré une quinzaine de jours seulement.

Nous venons de voir ainsi dans les quatre premières observations, les résultats fournis par le double traitement : injection sous-cutanée d'air et injection profonde de sérum physiologique novocaïné à 0,15 %, dans les sciatiques dites « essentielles », sciatiques maladies. Nous avons vu dans les deux dernières observations combien il était nécessaire de pratiquer un examen général de tous sujets atteints de cette affection pour mettre en évidence l'étiologie et par suite pour instituer une thérapeutique appropriée.

Conclusions

1° L'aspect clinique de la sciatique est dans la majorité des cas suffisamment caractéristique pour ne point prêter à erreur. Encore faut-il connaître certaines affections qui peuvent parfois simuler une sciatique — réalisant de véritables pseudo-sciatiques. Parmi ces pseudo-sciatiques retenons surtout la cellulite, les myalgies, l'arthrite chronique de la hanche ; enfin certaines affections vasculaires des membres inférieurs.

2° L'intérêt de la sciatique réside non pas tant dans son diagnostic que dans les problèmes étiologiques qu'elle pose. On ne saurait trop insister sur la nécessité d'un examen complet, non seulement clinique mais paraclinique de tout sujet qui souffre de sciatique.

3° Le diagnostic étiologique a une importance capitale et pour poser le pronostic et pour instituer un traitement judicieusement curatif. Il permet d'appliquer un traitement étiologique, seul traitement rationnel.

4^o Dans les sciatiques dite *a frigore*, sciatiques essentielles — nous avons pu étudier l'heureux effet thérapeutique obtenu par les injections sous-cutanées d'air, associée aux injections profondes de sérum physiologique novocaïné. D'ailleurs de nombreuses autres méthodes thérapeutiques peuvent être envisagées. Dans le choix de ces méthodes on doit se baser sur les résultats fournis par le diagnostic topographique.

Vu :

Le Doyen,
G. ROUSSY.

Vu :

Le Professeur, Président de thèse,
Ch. ACHARD.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

Bibliographie

SCIATIQUE

(Travaux récents)

Babtschin (J.S.). — « Die Chordotomie bei der Scoliosis Ischiadica ». (Ztschr. f.d. Ges. Neurol. u. Psychiat. 129 : 233-243, 1930)

Bierenti. — « Névralgie sciatique tardive par projectile intra-pelvien ». (Journal des Sciences Médicales de Lille, n° 40, 2 octobre 1927).

Boncina (Eugenio). — « Sciatica ». (Med. Journa. and Record vol. CXXXI, n° 8, 16 avril 1930, n° 2423, p. 395-398).

Brahme (L.). — Contribution à l'étude pathogénique de la sciatique (Acta Medica Scandinav. t. LXXII, n° 5-6, 30 décembre 1929).

Catola (G.) et De Faveri. — A propos de la conception pathogénique neurodocique de la sciatique. (Rev. Neur. I : 1124-26, juin 1930).

Charpentier (A.). — Sur le réflexe achilléen. (Rev. Neurol. 1123-1124, juin 1930).

Chavanne (J.A.). — Les pseudo-sciatiques. (Progrès Médical 4 octobre 1930, n° 40, p. 1638).

Colaneri (J.). — Les atrophies sciatiques. (Bull. Off. Franc. d'électrothérapie et de radiologie n° 11, janvier 1929, p. 36).

Cornil (L.), Hamant (A.) et Mosinger (M.). — Considérations sur les sciatiques répercutives. (Rev. Neurol. I : 1126-1132, juin 1930).

Estor (M.). et Mlle Lafourcade. — Troubles trophiques graves du pied droit consécutifs à une section du nerf sciatique par plaie de guerre. (Sic. de Sc. Méd. et Biol. de Montpellier, séance du 22 novembre 1930). (Soc. des Sc. Méd. et Biol. de Montpellier et du Languedoc Méditerranéen, novembre 1929).

Farley (D.L.). — Two cases illustrating difficulties in diagnosis of spinal cord tumors with sciatic and lumbar pain. (M. Clin. North. America 14 : 967-973, janvier 1931)

Fitch (W.E.). — Sciatica. (M. J. et Rec. 135 : 15, 7 janvier 1931).

Francon et Merklen. — Considérations sur le diagnostic différentiel de la sciatique et de la coxarthrie. (Bull. Méd. 5 mars 1926).

— Une technique thermale pour le traitement vertébral des névralgies sciatiques et cervico brachiales d'origine arthritique. (Revue Médicale de l'Est, n° 17, 1^{er} septembre 1927, p. 469).

Fritz. — Beiträge zur Diagnose und Therapie der Ischias Ztschr. f. Wissens Bäderk 5 : 2224-241, novembre 1930)

Froment (J.), Savoye (J.) et Feyreux (A.). — Pourquoi y a-t-il dans la sciatique abaissement du pli fessier, parésie hypotonique des fessiers et inclinaison du tronc (Rev. Neurol. 1 : 1098-1104, juin 1930).

Furnrohr (W.). — Arthritis deformans als Ursache von «Ischias » und Maralgia paraesthetica. (Ztschr. f.d. ges. Neurol. u Psychiat. 131 : 68-77, 1930).

Giugni (F.). — Meningiti tubercolari ad inizio e decorso prevalentemente spinale. Ischialgie sintomatiche di meningite tubercolare. (Giorn. di Clin. ed. II : 531-543, 10 juin 1930).

Grellet. — Certaines névralgies sciatiques sont-elles des irradiations des douleurs de la gravelle urinaire. (Bulletin Médical, n° 26, 14 juin 1930).

Eugen Herskovits et Francisc Herskovits. — Un caz instructiv de sciatica. (Bull. Médico-térapeutic n° 2, Feb. 1929, p. 46).

Hocje (A.E.). — Was ist Schmerz-träger bei der Ischias. (Deutsch. Ztschr. f. Nervenhe. 117-119 : 210-213, 1931).

Horia Slobozianu. — Resultatele obtinute in sciatica si in artritile sacro-iliace tratate in sutatiunea Movita Teechir Ghiol (Romania Medica 1^{er} mai 1930, An VIII, n° 9, p. 126-127).

Lageze. — Sciaticques et infiltrat cellulalgiques. (Thèse de Pyon 1928-29, n° 97).

Lageze (P.). — La sciatique. (Etude anatomo-clinique et diagnostic). (Gaz. des Hôpitaux n° 10, 1^{er} février 1930).
— Le diagnostic clinique d'une sciatique. (Clinique et Laborat. Rev. Intern. Mensuelle des Sciences Médicales, Août 1930, p. 165).

Laiguel-Lavastine et Bonnard. — Névralgie sciatique droite et fracture transversale sans déplacement de cinquième lombaire après traumatisme lombo-sacré, persistance d'hypoesthésie dans les domaines de 13, 14, 15 et S1 à droite. (Arch. Neur. t. IV, 11 mai 1928, p. 194).

Lauzalari (F.). — La conception myalgique de la sciatique vulgaire. (Thèse Bordeaux 1927).

Mackinnon (A.P.). — Sciatica. (The Canadian Med. Ass. Journ. V. XXII, Toronto, April 1930, n° 4, p. 492)

Mannini (R.). — Su di un caso di ischialgia sintomatica di frattura indiretta di un apofisi trasversa della V vertebra lombare. (Policlinico (sez. prat.) 37 : 1280-85, 1^{er} septembre 1930).

Marchesini. — Névralgie sciatique. (Raggi Ultra-Violetti n° 11-12, 1928, p. 221).

Nerson (H.). — Névrite du nerf sciatique droit par traumatisme obstétrical. (Rev. franç. de Gynec. et d'Obst. 25 : 565-69, Septembre 1930. Strasbourg Médical 90 : 555-557 15 septembre 1930).

Nordman. — Sciatique double par lésions vertébrales longtemps méconnues. (Loire Médicale n° 5, mai 1928, p. 225)

Owebshy (N.M.). — Sciatica. (Giorgoa Medical Association Journal Atlanta. Décembre 1927, p. 407).

- Phelipeau.** — La névralgie crurale associée à la névralgie sciatique (thèse de Paris 1926, n° 643, Le François Edit.).
- Putti.** — Les ciatiques vertébrales. (Bruxelles Médical, 22 juin 1930).
— Pathogenesis of sciatic pain. (The Lancet, July 9, 1927).
— Une conception nouvelle de la pathogénie de la ciatique (Presse Médicale n° 74, 14 septembre 1927).
- Raimiste.** — Sciatique spinale. (Revue Neurologique 1913, p. 253).
- Ramond (Louis).** — Sciatique (Presse Médicale n° 72, 6 septembre 1930, p. 1211).
- Rich (W.G.).** — Sciatica (New Zealand. M. J. 29 : 195-198, août 1930).
- Rimbaud.** — Sciatique (L'Hôpital, n° 228, décembre 1928 (A), p. 706).
- Rizzo (C.).** — Le nuove vedute sulla sciatica (Gior. di Me Mil. 78 : 181-196 Avril 1930).
- Roger (H.).** — Les sciatiques rhumatismales. (Marseille Médical, 15 juin 1930).
— Les sciatiques formes cliniques et traitement des sciatiques rhumatismales. (Pratique Médicale française, juillet 1930, p. 283).
→ La cervico-brachialite rhumatismale névralgie cervico-brachiale rhumatismale sciatique du bras. (Gaz. des Hôp. n° 61, 28 juillet 1928, p. 1077).
— Les sciatiques — formes cliniques et traitement des sciatiques rhumatismales. (Le Sud Médical et Chirurgical, 15 juillet 1930). (Le Languedoc Médical, 10 septembre 1930, n° 9, p. 333-345). (L'Art Médical n° 102, 30 septembre 1930, p. 22-25) — Concours Médical, 26 octobre 1930).
— Les sciatiques (Ann. Med. Psychol. p. 2) 98 : 249-352, novembre 1930.
- Rouquier.** — L'origine funiculaire ou spondylitique de la sciatique rhumatismale; signes cliniques permettant de la rendre évidente : son traitement par la radiothérapie lombo-sacrée. (Annales de Médecine, juin 1927).

Salavert (H.). — La névralgie crurale associée à la névralgie sciatique — sciatique radiculaire d'origine syphilitique (Cahiers de Pratique Médico-Chirurg. n° 4, 15 avril, 15 mai 1929, p. 39).

Salmon (A.). — Le sciatiche. (Studium 20 : 334-337, 1^{er} août 1930).

Siavini (B.). — Sulle sindromi ischialgiche e la loro patogenesi ; importanza dell'esame radiologico. (Arch. di Ortop. 46 : 567-614, 30 juin 1930).

Tassart. — La ciatica (Revista Medica Latino Americana, Mayo 1929).

Thomas (André). — La névralgie du fémoro-cutané. La Médecine n° 2, février 1929, p. 97).

Americo Valerio. — Une conception nouvelle de la pathogénie de la ciatique (Umfia n° 34, février 1929, p. 99).

Valerio (A.). — Syndrômes sciatiques. Quelques considérations cliniques. (Rev. Sud Am. de Méd. et de Chir. I : 348-352, avril 1930).

Vecchi. — Sur la régénération du sciatique chez l'animal contraint à la course. (Arch. per le Scienze Med. t. IIII, n° 12, décembre 1929).

Verger. — Sur la nature myalgique de la soi-disant sciatique rhumatismale. (Soc. de Méd. et de Chirurgie de Bordeaux 29 juin 1928).

Abel et Kissel. — Sciatique et arachnoïdite. (Revue médicale de l'Est. t. LX. n° 24, 15 décembre 1932).

Axen. — Contribution au traitement de la sciatique (Mod. Klin. n° 18, 1^{er} mai 1931, p. 657).

Baillou (N.). — Sciatique variqueuse. (Soc. Méd. de Reims séance du 17 juin 1931).

Brahic. — La radiothérapie des sciatiques. (Centre Médical. avril 1933, n° 4).

- Chavany (J.A.).** — Les pseudo-sciatiques. (Les Sciences Méd., 31 juillet 1932).
— La sciatique rhumatismale. (Les Sciences Médicales, 15 mars 1933).
- Crémieux (A.).** — La névralgie sciatique. (Provence Médicale, 15 janvier 1932).
- Davesne (A.).** — La sciatique. (Revue Médicale « Guérir » septembre 1932).
- Enriquez et Guttmann (R.A.).** — La sciatique appendiculaire (appendicite claudicante). — (Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris, 1923, 3 s. XXXV — 1238-1245).
- Erben.** — Sur les simulations de la sciatique. (Wiener Klin. Woch. n° 8, 19 février 1932).
— Sciatique et affections voisines. (Wiener Klin. Wochenschrift. XLV. n° 23, 3 juin 1932, p. 720).
- Gallois.** — De la valeur curative des injections épidurales de cocaïne dans la sciatique. (La Vie Médicale, 10 mai, n° 9, 1931).
- Hamant (A.), Conil (L.) et Mosinger.** — Les sciatalgies cataméniales, étude clinique et athogénique. (Rev. Méd. de l'Est. n° 11, 1^{er} juin 1931).
- Klieneberger.** — Sciatique diagnostic erroné. (Deutsche. Médiz. Wochench. LVII, n° 35, p. 1287, 12 août 1932).
- Langer.** — Sciatique cure thermique soufrée et « vacci-nourine » associées. (Wiener. Médiz. Wochens. n° 30, p. 985, 23 juillet 1932).
- Leclers (G.) et Pont (J.).** — Sur deux cas de sciatique traumatique. (La Bourgogne Médicale n° 2. Vévrier 1933).
- Leclers (Georges) Pont (Joseph).** — De la sciatique traumatique. (La Presse Médicale, n° 31, 19 avril 1933).
- Lima.** — Sciatique thumatismale. (Lisboa Medica. An. IX, n° 6, juin 1932, p. 544).
- Mathieu (P.).** — Les principaux agents physiques utilisés dans le traitement de sciatique dite rhumatismale. (Revue d'actinologie et de physiothérapie, mars, avril 1931).

Mathieu (L.) et Grandpierre (G.). — Névrite sciatique par oblitération de l'artère du grand sciatique. (Revue Médicale de l'Est, n° 1, t. LXI, 1^{er} janvier 1933).

Mathieu, Grandpierre, Armand. — Névrite sciatique par oblitération de l'artère du grand sciatique. (Rev. Méd. de l'Est. n° 2. 15 janvier 1933. Société de Méd. de Nancy, Séance du 23 novembre 1932).

Mathieu (L.), Granspierre (G.) et Harmand. — Névrite sciatique post-phlébitique. (Rev. Méd. de l'Est. 56^e Ann. n° 3. t. LXI. 1933).

Molly. — Les sciatiques. (Journées climatiques thermales et touristiques de Bourbonne-les-Bains, 12 et 15 septembre 1931).

Palumbo. — Altérations de la fonction chromophile de la moelle épinière après résection du sciatique pour acidose ou alcalose, p. 353. (Minerva Medica — XXXIII, n° 37 15 septembre 1932, Presse Médicale n° 87, 29 octobre bre 1932).

Roher (H.) et Aymes (G.). — Diagnostic et traitement des sciatiques. (Paris, Maloine, 1923, in-16, p. 73, 75).

Weissenbach (R.J.), Franchon (F.), Perles (L.) et Brisset (J.). — Névrite parcellaire du sciatique poplitée externe consécutive à une arthrite tibiopéronière supérieure d'origine gonococcique. (Bulletin Médical, 28 28 mai 1933).

Pecher (R.). — Image radiologique du tronc du sciatique après injection épidurale de lipiodol. (Arch. d'Electr. Méd. et de physioth. du cancer. n° 574, février 1932).

Venturini (Marc). — Les méthodes révulsives dans le traitement des séquelles de sciatique. (Rev. d'Actionologie et de physiothérapie, juillet, août 1932, n° 4, t. VII).

Wigaud. — Infection péri-nerveuse du plexus sacré dans l'espace rétro-rectal au cours de la sciatique (infection présacrée). (Deutsche medizinische Wochenschrift. t. LVIII. n° 23, 3 juin 1932. Presse Médicale du 21 septembre 1932).

TRAITEMENT DE LA SCIATIQUE

(Travaux récents)

Baum (E.W.). — Chururgische Behandlung der chronischen Ischias (Deuts. Ztschr. f. Chir. 228 : 312-317, 1039).

Beckers. — Traitement de la sciatique. (Bruxelles Médical n° 28, 9 mai 1926).

Bohm. — Dix ans de traitement de sciatique par le vaccinurin (Munchen. Meu. Woch. t. LXXVII, n° 2, janvier 1930).

Chenilleau et Dejust. — Un nouveau traitement des sciatiques par l'érythème provoqué au moyen de la douche astinique. (Paris Médical, 1^{er} février 1930, n° 5, p. 121).

Daspit (H.). — Immediate handling of sciatic pain (New-Orleans M. et S.J. 83 : 596-599, mars 1931).

Dimitracoff. — Traitement de la névralgie sciatique par le nouvel extrait pancréatique désinsuliné. (Vie Médicale, n° 3, février 1931, p. 135).

Fritz. — Beiträge zur Diagnose und Therapie der Ischias (Ztschr. f. Wissensch. Bäderk, 5 : 224-241, novembre 1930).

Gauducheau. — Traitement électroradiologique des sciatiques. (Congrès A.F.A.S. Lyon, juillet 1926).

Hagueneau. — Traitement des sciatiques (Semaine des Hôpitaux de Paris, n° 8, 30 avril 1930).

Gauducheau (R.). — A propos du traitement physiothérapique des sciatiques. (Rev. Neurol. I : 1108-1111, juin 1930).

Graham (R.V.). — Intradural resection of posterior primary division for intractable sciatic pain. (M. J. Australia I : 112-113, 24 janvier 1931).

Hance (J.B., Mody (N.C.), Shiva Datta Ujwal (L.M.P.)
— Notes on the new concepcons of sciatic pain and on its treatment (The Indian Medical Fazette, vol. LXIV, n° 10, Calcutta, October 1929, p. 541).

- Herschmann (H.).** — Ischiasthérapie. (Wein. Klin. Woch. 43 : 1473-1476, 27 novembre 1930).
- Israel.** — Neurectomie dans la névralgie du nerf fémorocutané (Zentralbl. für Chirurgie, mars 1929).
- Lafargue (P.).** — Du traitement chirurgical des troubles trophiques consécutifs aux lésions traumatiques du nerf sciatique. (Gaz. Hebdomadaire de la Société Médicale, n° 10, 10 mars 1929, p. 156).
- Lageze (Paul).** — Le traitement pratique d'une sciatique (Clinique et Laboratoire, n° 10, 20 octobre 1930).
- Malespine.** — Le traitement des sciatiques par le bismuth (Journ. des Praticiens, 13 novembre 1927..).
- Muller (A.H.).** — Misserfolge bei Gehandlung der Ischias mit Pyrazolonum du methylaminophenyldimethylum (Med. Clin. 26 : 1528-1529, 10 octobre 1930).
- Rimbaud.** — Les traitements actuels de la sciatique. (La Médecine, février 1929, p. 366).
- Rimbaud (L.).** — La ciatica, diagnostico y tratamiento (Clinica y Laboratorio 1928, p. 130. février).
- Rizzo (C.).** — Le nuove vedute sulla sciatica (Giorn. di Med. Mil. 78 : 181-196, avril 1930).
- Roger (H.).** — Formes cliniques et traitement des sciatiques rhumatismales. (Presse Médicale, 14 juin 1930).
- Les sciatiques : formes cliniques et traitement des sciatiques rhumatismales. (Progrès Médical, 28 juin 1930).
- Les sciatiques : formes cliniques et traitement des sciatiques rhumatismales. (Gazette des Hôpitaux, 16 juillet 1930).
- Les sciatiques : formes anatomiques et traitement des sciatiques rhumatismales (Languedoc Médical, 10 septembre 1930).
- Weiss (H.).** — Die Behandlung der Ischias durch den praktischen Arzt. (Ztschr. f. Arztl. Fortbild 27 : 627-630, 1^{er} octobre 1930).
- Zarcinas.** — Sur le traitement de la sciatique. (Ther. Ber., 1929, 9).

Axen. — Contribution au traitement de la sciatique (Med Klin, n° 18, 1^{er} mai 1931, p. 557).

Francon et Merklen. — Une technique thermale : le traitement vertébral des névralgies sciatiques et cervicobrachiales d'origine arthritique. (Revue Médicale de l'Est, n° 17, 1^{er} septembre 1927, p. 469).

Ispert. — Sur la « spiroprotasin » dans la sciatique aiguë (Munchener medizinische Wochenschrift, n° 32, 7 7 août 1931, p. 13r7).

Jahn. — Injection périmébrale de plexus sacré dans la sciatique (Deutsche medizinische Wochens. n° 30, 22 juillet 1932, p. 1181).

Langer. — Sciatique, cure thermale soufrée et « vacci-neurine » associées (Wiener mediz. Wochens. n° 30, p. 985, 23 juillet 1932).

Mathieu (P.). — Les principaux agents physiques utilisés dans le traitement de la sciatique dite rhumatismale (Revue d'Actinologie et de Physiothérapie, mars, avril 1931).

Paraf (J.). — Diagnostic et traitement des sciatiques. (Clinique et Laboratoire, 20 mai 1933, n° 5).

Toprower. — Traitement de la première crise de sciatique par élongation du nerf sciatique. (Wiener klinische Wochenschrift, n° 13 25 mars 1932, p. 400).

Venturini (Marc). — Les méthodes révulsives dans le traitement des séquelles de sciatique (Rev. d'Actinologie et de Physiothérapie, juillet, août 1932, n° 4, t. VII).

Wigaud. — Injection péri-nerveuse de plexus sacré dans l'espace rétro-rectal au cours de la sciatique (injection présacrée). (Deutsche medizinische Wochenschrift, t. LVIII, n° 23, 3 juin 1932. Presse Médicale, 21 septembre 1932).

(Traitements physiothérapiques)

Armani (L.). — La fisioterapia della sciatica. (Raggi Ultraviol., Milano 1925, I, p. 194-200).

Boca (L.). — Radiotherapy in sciatica (Spitalul 50 : 17-179, mao 1930).

Cardona (L.). — Sindromi ischialghe e rontgenterapia (Actinoterapia 6 : 163-170, juillet 1927).

Chenilleau et Dejust. — Un nouveau traitement des sciaticques par l'érhystème provoqué au moyen de la douche actinique. (Paris Médical, 1^{er} février 1930, n^o 5, p. 121).

Chuiton et Kergrohen. — Trente cas de sciatique, dite rhumatismale aiguë. traités avec succès par les applications combinées de radiothérapie, de diathermie ou de courant galvanique (Ann. de méd. Phys. Anvers 1923-24, XVII, 197-199, 3 ch.).

Cilleuls (J. des). — Du traitement de la névralgie sciatique par le courant continu (Soc. de Méd. Mil. franç. Bull. Par., 1910, IV, p. 538-540).

Delherm (Louis) et Nilus (Francois). — Le traitement électro-radiologique de la sciatique. (Paris Médical, n^o 16, 16 avril 1932, p. 343).

Duvernois (L.). — Le traitement de la sciatique par les eaux d'Aix-les-Bains ; résultats immédiats ; résultats éloignés. (Presse Thermale et Climatique, Paris, 1924, LXX, p. 713-717).

Duvernois. — Importance thérapeutique et diagnostique du traitement thermal dans la sciatique. (Art. Médical n^o 28, p. 31.).

Fallex (J.). — Traitement des sciaticques par la radiothérapie, la diathermie, l'ionisation, la diathermo-ionisation (méthode du Dr Descoust) et les rayons ultra-violets (8^o Paris, 1927).

- Forestier (J.).** — Les indications de la cure d'Aix-les-Bains dans les lumbago chroniques et les sciatiques (Médecine, Paris, 1924-25, VI, p. 723-730).
- Fraikin (A.).** — La physiothérapie de la névralgie sciatique (Journal de Médecine de Bordeaux, 1919, XLIX, p. 70-73).
- Gauducheau.** — Traitement électroradiologique des sciatique (Congrès A.F.A.S. Lyon, juillet 1926).
- Gauducheau (R.).** — A propos du traitement physiothérapique des sciatiques (Rev. Neurol. I : 110-1111, juin 1930).
- Gérard (L.).** — Traitement physiothérapique de la sciatique (Paris Médical 2 : 505-511, 17 décembre 1927).
- Goulden (E.A.).** — The treatment of sciatica by galvanic acupuncture. (Brit. M. J. Lond. 1921, I, 523).
- Hall (P.).** — Treatment of lumbago and sciatica by U.V. irradiation (Brit. J. Actinotherapy 3 : 105-107, Septembre 1928).
- Hallomes (K.R.C.).** — Treatment of sciatica by physial methods. (Brit. J. Actinotherapy 4 : 101-103, août 1929).
- Haret et Djian.** — Contribution au traitement roentgenthérapique des névralgies sciatiques (Bull. et Mém. Soc. de Radiol. Méd. de France, 16 : 149-156, Mai mai 1928).
- Juster (E.).** — Le traitement des sciatiques par l'association rayons X diathermie (Rev. Neurol. I : 1114, juin 1930).
- Kowarschik.** — Eine verbesserte Applikationsmethode der Diathermie bei Ischias (Zuschr. f.d. ges. Phys. Therap. 33 : 37-39, 22 mars 1927).
- Kraus (F.).** — Die Diathermiebehandlung der Ischias. (Etkrank. d. Beweg. App. I : 134-141, 1926).
- Laborde (A.).** — Traitement des sciatiques par l'insufflation d'air (Gaz. Hebd. d. Sc. Méd. de Bordeaux, 1919 XL, 234-237).

Lamarque et Alinat. — Le traitement des névralgies sciatiques dites essentielles par les rayons X et les U.V. (Arch. Soc. d. Sc. Méd. et Biol. de Montpellier 9 : 25-33, janvier 1928).

Langer. — Traitement combiné de la sciatique par la cure thermale de bains soufrés et la « Vaccinlurin » (Wien, med. Woch. LXXXII, n° 30, 23 juillet 1932. Presse Médicale, n° 70, 31 août 1932).

Lavielle (J.L.). — La sciatique et son traitement thermal à Dax (8° Bordeaux 1910).

Lepsky (S.). — Le traitement des névralgies et des névrites sciatiques par les rayons U.V. appliqués à dose érythémateuse. (Arch. d'Electricité Médicale, 39 : 265, juillet 1931).

— Die Behandlung der Neuralgie und Neuritis des N. ischiadicus mit ultravioletten Strahlen (Ztschr. f.d. ges. phys. Therap. 39. 63-72. 15 juillet 1932).

Levy (P.E.). — De l'association nécessaire de la physio et de la psychothérapie dans le traitement de la névralgie sciatique. (Journ. de physiothérapie, par., 1913, XI, p. 179-190).

Liautard (J.). — Traitement physiothérapique de la sciatique (Prat. Médicale française. Paris, 1923, III, 561-566).

Piatot (A.). — Quelques réflexions sur le traitement hydro-minéral de la sciatique (Bulletin Soc. Méd. de l'Yonne 1910, Auxerre, 1911, L11, 41-49).

Pilz (K.). — Praktische Winke zur Diathermiebehandlung de Ischias (Klin, Wehnschr. 7 : 1015, 20 mai 1928).

R. (S.). — Les agents physiques dans la sciatique (Rev. Gén. de Clin. et de Thérap. Paris 1923, XXXVII, 554-556).

Ratera (J et S.). — Tratamiento de las radiculitis por Roentgenterapia (Siglo Med. 83 : 629-637, 27 avril 1929)

Roselaar (E.). — Treatment of sciatica and neuralgia with high tension galvanic currents (Nederl. Tijdschr. v v. Geneesk I : 2374-2376, 18 mai 1929).

Saidmann et Stuhl (L.). — A propos de l'action analgésique des ondes courtes. Le traitement de la sciatique (Soc. Franç. Electr. et Rad. n° 1, janvier 1932).

Salvagnini (G.). — Sulla cura della sciatica con le fangature ed i bagni termali (Riv. di Idrol. Climat e Terap. Fis, 38 : 119-129, Avril 1927).

Schaeffer (H.). et Biancani (E.). — Le traitement des sciatiques par les agents physiques (Journ. des Praticiens, n° 33, 13 août 1932).

Titus (N. E.). — Treatment of sciatica by physical measures (Arch. Phys. Therapy 12 : 662-665, novembre 1931).

Weiss (R.F.). — Intensive Quarglichtbehandlung der Ischialgse (Med, Klin 25 : 600-601, 12 avril 1930).

Zimmern (A.) et Chavany (J.A.) — La radiothérapie de la sciatique rhumatismale. (Rev. Neurol. I : 1115-1123, juin 1930).

